

## 2. 医療区分に追加すべき項目

図表 医療区分3に追加すべき項目(全自由回答、調査項目順)

設問番号	内容	集計	コメント等
I	基本情報「調査病棟に入院する前の状況」	1	自宅または老健から症状が悪化して入院した患者(一般病院と近い役割を果たした場合)
II 1.1	意識障害者である(JCS II -3 又はGCS8点以下)	2	①意識障害者基準はそのまま。②JCS100から300
II 4	せん妄の兆候・混乱した思考・意識	3	①せん妄の基準はそのまま。7日間の限定を外し常時区分3。②「d.落ち着きがない」単独。
IV1	うつ状態、不安、悲しみの気分の兆候	1	
IV2	問題行動	1	2項目以上該当の場合。
VI1.a	糖尿病	3	①糖尿病はインスリン使用、透析などを必要としている患者も多く、透析は区分2であるが3以上が必要。インスリン使用もやはり3以上が必要。②インスリン注射施行かコントロール困難。③重度の糖尿病性壊疽。
VI1.b	不整脈	1	常時注意を要し、浮腫等を認め加療を要する。又は時々発作を生じる。
VI1.c	うっ血性心不全	2	①注意を要し、浮腫等を認め加療を要する。又は時々発作を生じる。②重度の心不全。
VI1.d	急性心不全	4	①常時注意を要し、浮腫等を認め加療を要する。又は時々発作を生じる。②心不全急性増悪。③重度の心不全。
VI1.e	慢性心不全	2	①治療により、脱水と著明な浮腫(肺うっ血)を繰り返す心不全の状態。②重度の心不全。
VI1.g	虚血性心疾患	1	常時注意を要し、浮腫等を認め加療を要する。又は時々発作を生じる。
VI1.h	大腿骨頸部骨折	1	骨が接合するまで。
VI1.i	脊椎圧迫骨折	1	骨が接合するまで。
VI1.j	その他の骨折	1	骨が接合するまで。
VI1.l	アルツハイマー病	1	急性期、リハビリ期、又は認知症進行時、徘徊。
VI1.m	失語症	1	急性期、リハビリ期、又は認知症進行時、徘徊。
VI1.n	脳性麻痺	2	急性期、リハビリ期、又は認知症進行時、徘徊。
VI1.o	脳梗塞	2	①急性期、リハビリ期、又は認知症進行時、徘徊。②脳卒中急性期。
VI1.p	脳出血	2	①急性期、リハビリ期、又は認知症進行時、徘徊。②脳卒中急性期。
VI1.q	アルツハイマー症以外の認知症	1	急性期、リハビリ期、又は認知症進行時、徘徊。
VI1.r	片側不全麻痺・片麻痺	1	急性期、リハビリ期、又は認知症進行時、徘徊。
VI1.s	多発性硬化症	2	①難病の重度障害者、難病の急性増悪時。②これらは理由というより当然である。
VI1.t	パーキンソン病関連疾患	3	①難病の重度障害者、難病の急性増悪時。②これらは理由というより当然である。
VI1.u	四肢麻痺	4	①重度四肢麻痺の脊椎損傷。②四肢の完全麻痺。③頻回の喀痰吸引を要する四肢麻痺(脊髄)。④これらは理由というより当然である。
VI1.v	仮性球麻痺(嚥下障害を伴うのものに限る)	1	これらは理由というより当然である。
VI1.x	その他の神経難病	4	①神経難病は疾患名より状態像にて医療区分を決めるべきである。②難病の重度障害者、難病の急性増悪時。③これらは理由というより当然である。
VI1.y	神経難病以外の難病	2	①難病の重度障害者、難病の急性増悪時。②これらは理由というより当然である。
VI1.z	脊髄損傷	2	①頻回の喀痰吸引を要する四肢麻痺(脊髄)。②これらは理由というより当然である。

VI1.aa	喘息	2	①発作時、体動時の酸素使用者、状態の変化がしばしばある。②気管支喘息発作(重症)。
VI1.ab	肺気腫・慢性閉塞性肺疾患(COPD)	5	①HughJones V 度の状態は、通常動脈血酸素飽和度低下を伴うので。②発作時、体動時の酸素使用者、状態の変化がしばしばある。③
VI1.ac	がん(悪性腫瘍)	4	①疼痛コントロールを行うには、管理に伴い、人手を要する。②疼痛コントロールは麻薬か準麻薬使用。③疼痛高度の悪性腫瘍。
VI1.af	肝不全	2	胸腹水、脳症、低アルブミン、浮腫。
VI1 新規	肝硬変(ChildC)	1	
VI1 新規	肝性脳症	1	
VI1 新規	難病全て	1	
VI2.a	抗生物質耐性菌感染	1	検査を要する、加療を要する(急性期のみではない)。
VI2.b	後天性免疫不全症候群	1	検査を要する、加療を要する(急性期のみではない)。
VI2.c	肺炎	6	①検査を要する、加療を要する(急性期のみではない)。②肺炎(重症)は区分3とすべし。③常に見守りと治療が必要となる。④肺野に浸潤影を認める肺炎(生命の危険が大きい)。医療区分2の19を改変する。
VI2.d	上気道感染	1	検査を要する、加療を要する(急性期のみではない)。
VI2.e	敗血症	3	検査を要する、加療を要する(急性期のみではない)。
VI2.f	多剤耐性結核	1	検査を要する、加療を要する(急性期のみではない)。
VI2.g	上記以外の結核	1	検査を要する、加療を要する(急性期のみではない)。
VI2.h	尿路感染症(過去30日間)	1	検査を要する、加療を要する(急性期のみではない)。
VI2.i	ウイルス性肝炎	1	検査を要する、加療を要する(急性期のみではない)。
VI2.j	急性胆嚢炎	1	検査を要する、加療を要する(急性期のみではない)。
VI2.k	急性腹膜炎	1	検査を要する、加療を要する(急性期のみではない)。
VI2.l	急性睪炎	1	検査を要する、加療を要する(急性期のみではない)。
VI2.m	創感染	1	検査を要する、加療を要する(急性期のみではない)。
VI2.n	皮膚の疾患-感染症	1	検査を要する、加療を要する(急性期のみではない)。
VI 2. 新規	重症疾患-感染症	2	重篤な感染症。
VII1.a	脱水	2	
VII1.c	発熱	1	不明熱(38.0度以上)
VII1.e	体内出血	2	ケアキュア密度高いため。
VII1.f	嘔吐	3	①常時見守り必要の為。②嘔吐に加え、発熱を伴う経管栄養(誤嚥があり、発熱の合併は呼吸器感染が生じていると考えられる)医療区分2の32を改変する。
VII3.a	個室における管理が必要	2	終末期または急変による(一般病床における重症者等療養特別加算に準ずる状態)。医療区分3の9を改変する。
VII3.b	急性症状が発生したり再発性や慢性の問題が再燃した	1	終末期または急変により個室管理が必要な状態(一般病床における重症者等療養特別加算に準ずる状態)。医療区分3の9を改変する。
VII3.c	末期の疾患であり、余命が6ヶ月以下である	7	①療養病床におけるエンドステージの管理。②終末期ケア。③悪性腫瘍などによる終末期ケア。④悪性腫瘍の終末期(緩和ケア病棟への入院を要する程度)。⑤神経疾患、認知症の終末期(緩和ケアを行っている場合)。⑥終末期または急変により個室管理が必要な状態(一般病床における重症者等療養特別加算に準ずる状態)。医療区分3の9を改変する。
VIII2.a	中心静脈栄養	2	①もちろんのこと区分3にかかる材料。手間は包括だけではなく、加算制にすべき。②中心静脈カテーテル挿入を行った日。
VIII2.b	末梢静脈栄養	1	終末期での対応はこれが一番普通である。
VIII2.c	経管栄養	5	①病状が悪化し、管理に伴い人手を要する。②胃瘻造設直後にチューブを抜かれると大変危険である。胃瘻造設7日間は医療区分3にすべき。③胃瘻交換後10日間(キズの確認)。④胃瘻造設等手技を行った日。⑤嘔吐に加え、発熱を伴う経管栄養(誤嚥があり、発熱の合併は呼吸器感染が生じていると考えられる)医療区分2の32を改変する。

IX2.a	褥瘡	1	難治性の褥瘡(3度以上)の場合、医療区分3へ。
IX3	皮膚のその他の問題	1	天疱瘡で範囲の広い物。
X2.c	強心剤注射	1	
X2.d	昇圧剤、降圧剤の持続点滴	1	
X I 2.2	リハビリテーションが必要な疾患が発祥してからの日数が15日から30日以下	1	急性期リハビリテーションを行っている状態。
X II 1.a	抗がん剤療法	1	モルヒネ、抗癌剤の投与を行っている末期癌。
X II 1.b	透析	5	①透析は区分2であるが3以上が必要。②透析患者が肺炎等重症感染に陥った及び脳梗塞等を併発した場合に、24時間監視する程ではないが、診断が出来ない様な場合。③透析の必要な患者はコスト的に区分3へ。④透析(重症)は区分3とすべし。⑤ADL区分2、3で通院困難である透析患者(合併症があり、種々の処置、投薬、検査のコストが大きい)。医療区分2の31を改変する。
X II 1.g	吸引	4	①頻回の吸引。②常時見守り必要の為。③ケアキュア密度高いため。④頻回の喀痰吸引を要する四肢麻痺(脊髄)。
X II 1.h	気管切開口・気管内挿管のケア	3	①頻回の観察および処置を要する。②気管切開を行った口。③気管切開(発熱が無くても)。
X II 1.i	輸血	4	輸血を実施する状態。
X II 1.j	レスピレーター	1	もちろんのこと区分3にかかる材料。手間は包括だけではなく、加算制にすべき。
X II 1.k	緩和ケア	4	①悪性腫瘍の終末期(緩和ケア病棟への入院を要する程度)。②神経疾患、認知症の終末期(緩和ケアを行っている場合)。③モルヒネ、抗癌剤の投与を行っている末期癌。
X II 1.l	疼痛コントロール	1	
X II 1.o	血糖チェック	2	ケアキュア密度高いため。
X II 1.p	インスリン皮下注射	2	①インスリン療法で毎日スライディングスケールを実施している場合。②インシュリン強化療法。
X III	新規:急変等死亡日	1	
X III	新規:入院日及び急性期病院への転院日	1	
その他	医療区分2の項目が重複した場合	3	①3つ以上重複した場合は医療区分3とすべし。②医療区分2該当が3から5個以上。③医療区分2を複数持っている人(経管と肺炎)
その他	急性増悪した場合あるいは亜急性期で医療の必要なものは医療区分3に追加すべき。	1	
その他	急性疾患で治療を行っている状態(発症から14日以内)	1	
その他	現在経過措置で医療区分3となっている「別表12」に掲げられている疾患や病態は措置終了後も医療区分3とするべき。	1	

図表 医療区分2に追加すべき項目(全自由回答、調査項目順)

設問番号	内容	集計	コメント等
I	基本情報「調査病棟に入院する前の状況」	1	一般病院からの転院の際は状態不安定であることが多く、入院時の検査も行うため、それに対する評価。
II 1.1	意識障害者である	7	意識障害があり経管栄養の状態。
II 3	日常の意思決定を行うための認知能力	1	認知症
II 3.1	日常の意思決定を行うための認知能力	1	自立でない以外は区分2以上、特に問題行動。

	力:限定的な自立		
II 3.2	日常の意思決定を行うための認知能力:軽度の障害	1	自立でない以外は区分2以上、特に問題行動。
II 3.3	日常の意思決定を行うための認知能力:中程度の障害	2	①認知症で投薬を受けている状態、または高度の認知症(認知症老人の日常生活自立度Ⅲ以上)。②自立でない以外は区分2以上、特に問題行動。
II 3.4	日常の意思決定を行うための認知能力:重度の障害	3	①認知症で投薬を受けている状態、または高度の認知症(認知症老人の日常生活自立度Ⅲ以上)。②自立でない以外は区分2以上、特に問題行動。③認知症状が強い寝たきりの患者。
II 4	せん妄の兆候・混乱した思考・意識	2	①せん妄(意識障害)の症型は区分2とすべし(軽、中症)。②せん妄の診断を確定したもので30日以内。
III 1.4	コミュニケーション:(自分を)ほとんどまたはまったく理解させることができない	1	重度のコミュニケーション障害。
IV 2	問題行動	1	徘徊など問題行動がはげしい状態。
IV 2.a	徘徊	3	①徘徊行動が著しい場合は24時間の監視必要。②問題行動、徘徊者、ナースコール頻回。
IV 2.b	暴言	1	
IV 2.c	暴力	1	
IV 2.d	社会的に不適当な行為。騒々しい、叫ぶ、自傷行為、性的行動がある	1	
IV 2.e	ケアに対する抵抗。服薬、食事の拒否	1	
V 1	ADL 自立度	2	①寝たきりで感染症をくり返すもの。②自立でない以外は区分2以上、特に問題行動。
VI 1.a	糖尿病	2	慢性内分泌疾患にて治療を行っている状態。
VI 1.b	不整脈	2	慢性心疾患にて治療を行っている状態。
VI 1.c	うっ血性心不全	4	①慢性心疾患にて治療を行っている状態。②心不全の治療の評価を行ってほしい。
VI 1.d	急性心不全	3	心不全の治療の評価を行ってほしい。
VI 1.e	慢性心不全	8	心不全(NYHAⅢ度以上)。
VI 1.f	高血圧症	4	①高(低)血圧症にて治療を行っている状態。②高血症、高脂血症等で内服薬を調節している患者に対する評価(長期に同じ薬を飲んでいる人の差別化)。
VI 1.g	虚血性心疾患	3	①心筋梗塞発症3ヶ月以内。②頻繁に医療対応が必要なものの。
VI 1.h	大腿骨頸部骨折	1	
VI 1.i	脊椎圧迫骨折	2	
VI 1.j	その他の骨折	1	
VI 1.k	関節リウマチ	1	
VI 1.l	アルツハイマー病	2	嚥下障害、歩行障害をともなうアルツハイマー型認知症。
VI 1.m	失語症	2	全失語症
VI 1.o	脳梗塞	2	①脳梗塞については発症後150日から180日以内とする。②脳梗塞(重度)は区分2へ。③脳血管障害で難病に準ずる症状を呈する患者。
VI 1.p	脳出血	1	脳血管障害で難病に準ずる症状を呈する患者。
VI 1.q	アルツハイマー病以外の認知症	1	嚥下障害、歩行障害をともなうひまん性レビー少体病。
VI 1.r	片側不全麻痺・片麻痺	2	
VI 1.t	パーキンソン病関連疾患	1	
VI 1.u	四肢麻痺	1	頸椎損傷以外の四肢麻痺
VI 1.v	仮性球麻痺	8	①仮性球麻痺を呈する病態。②複合疾患を有する仮性球麻痺。③嚥下障害があり、観察、訓練の必要なもの。食事介助が必要なもの。
VI 1.aa	喘息	3	①気管支喘息発作(軽症)。酸素吸入を必要としない気管支喘息の発作。②入院治療を要するもの。③COPDだけでなく拘束性呼吸不全にも配慮する必要がある。医療区分2の17

			に追加する。
VI1.ab	肺気腫・慢性閉塞性肺疾患	4	①HughJonesIV。②拘束性肺疾患で動脈血酸素飽和度が90パーセント以下。③慢性呼吸不全(HughJones分類IV、V)の状態。COPDだけでなく拘束性呼吸不全にも配慮する必要がある。医療区分2の17に追加する。
VI1.ac	がん(悪性腫瘍)	6	①進行癌は、すべて医療区分2にすべき。②疼痛コントロールを行わない場合。③投薬処置を行っているもの。④疼痛以外のケア。⑤他臓器転移を伴った終末期(余命6ヶ月以内)。医療区分2の20に追加。
VI1.ad	腸閉塞	2	推定Ccrが20ml/min以下で薬剤処方制限、頻回な調節(単純クレアチニン値は高齢者では無意味である)。
VI1.ae	腎不全	6	①慢性腎疾患にて治療を行っている状態。②腎性貧血を伴う腎不全患者(透析一歩手前)。③クレアチニン2.0mg/dl以上。④慢性腎不全(クレアチニン5ミリグラム以上)の状態。
VI1.af	肝不全	6	①慢性肝疾患にて治療を行っている状態。②肝性脳症または腹水を伴うもの。③腹水、脳症を伴う非代償性肝硬変症。
VI1 新規	高アンモニア血症、肝性脳症を伴う肝硬変患者	1	
VI1 新規	輸血が必要な重症貧血患者	1	
VI1 新規	他科受診が必要となる病態	1	
VI1 新規	対麻痺	1	
VI1 新規	止血機能低下を伴う肝機能障害	1	
VI1 新規	ミトコンドリア筋脳症など進行性神経疾患(難病指定以外のもの)	1	
VI1 新規	てんかん発作急性期患者(区分3に入らぬ症例)	1	
VI2	感染症	8	①寝たきりで感染症をくり返すもの。②肺炎(画像診断による)以外の感染症、急性気管支炎、胆のう炎等では、抗生剤投与や輸液の必要があるが現在の区分にはあてはまらない。③肺炎、尿路感染症以外の感染症の項目がない(胆のう炎、髄膜炎等)。④肺炎、尿路感染症以外の感染症⑤発熱を伴う種々の感染症(38度以上)。⑥感染症(耳下腺炎膿瘍などによる)に関しての評価がほしい。⑦肝炎、腎炎等を治療中
VI2.a	抗生物質耐性菌感染	1	MRSA感染のため隔離室で管理している患者。
VI2.c	肺炎	1	肺炎(軽、中症)は区分2とすべし。
VI2.d	上気道感染	2	①咽頭炎、気管支炎(重症)。肺炎には至らないが高熱を伴い、治療が必要な場合。②高齢者では肺炎以外でもCRP高値で要治療の患者が多い(気管支炎や偽痛風、リウマチ性多発筋痛症など)。例えばCRP10mg/dl以上の状態とするなど。
VI2.j	急性胆嚢炎	1	急性、慢性胆嚢炎。絶食にしない場合。
VII1.c	発熱	2	①全般に渡り、発熱症状あり、治療が必要な患者。(胃瘻、全失語症、低栄養、重度片麻痺)。②その治療中。
VII1.d	幻覚	1	
VII1.g	胸水	1	
VII1.h	腹水	2	
VIII1.新規	けいれん発作、一過性意識障害	1	
VIII1.新規	偽痛風、リウマチ性多発筋痛症など	1	高齢者では肺炎以外でもCRP高値で要治療の患者が多い。例えばCRP10mg/dl以上の状態とするなど。
VIII1.新規	ヘモグロビン8g/dl未満の貧血	1	
VIII1.0	過去30日間に5%以上の体重減少、または過去180日間で10%以上の体重減少があった	3	①低栄養。②栄養状態で高度の栄養障害を伴うもの。栄養評価の方法が不適切。③栄養ケアを要する病態。
VIII2.a	中心静脈栄養	1	
VIII2.b	末梢静脈栄養	2	終末期以外の一時的なもの。

VIII2.c	経管栄養	19	①意識障害があり経管栄養の状態。②(経鼻、胃瘻など)ADL23点以上の胃瘻造設者については、発熱がなくとも常に医療を必要とする状態と考えられ、医療区分2に追加すべき。③発熱がなくとも、経管栄養の場合は観察、処置に伴い人手を要する。④胃瘻カテーテル等患者が抜去して、容易に再挿入出来なかった様なケース。⑤胃瘻。⑥寝たきり状態の患者で、経管または胃瘻栄養を行っている患者。⑦経管、胃瘻チューブ等交換を行った日。⑧発熱、嘔吐がなくとも。⑨経管栄養をしていて吸痰処置を必要とする場合。⑩経管栄養、胃瘻で下痢に対する治療。⑪経管栄養、輸液ルート、バルーン処置等再三自ら抜去。⑫経鼻経管、胃瘻、腸ろうからの栄養摂取(医学的管理が必要)。医療区分2の32を改変する。
IX3.d	発疹	2	①発疹のある疾患。②カイセン症。
IX	皮膚の状態	1	足以外の蜂巣炎
X	注射・点滴	1	24時間持続ではないが、1日2回点滴を必要とされた場合(抗生剤使用、朝、夕等)
X I 1.1	維持的リハビリテーションが必要な状態	6	①維持期リハビリテーションを行っている状態。②91日から180日以下。③機能維持のためのリハビリが必要な患者。④90日以下のリハビリテーション。④180日以下、30日では困難。回復期リハなみに90から180日にしてほしい。(回復期をとらない病院もあります)
X I 1.2	積極的リハビリテーションが必要な状態	3	①医療区分2の22を改変する。②91日から180日以下。③90日以下のリハビリテーション。
X I 2	運動器リハビリテーションが必要な状態	1	骨折等のリハビリ期間(最長150日)
X I 3.a	関節可動域訓練	1	
X I 3.b	摂食、嚥下訓練	3	嚥下状態の悪い患者への経口摂取(吸引しながら行う)への評価。
X I 3.c	定時排泄誘導、膀胱訓練	1	
X 2.b	抗生物質注射	3	①肺炎、尿路感染症ばかりでなく、敗血症、胆嚢炎等感染症にて抗生剤投与を行った場合。②抗生剤使用。
X II 1.a	抗がん剤療法	2	
X II 1.c	胃瘻、腎瘻、人工肛門など瘻の処置	12	①発熱に関係なく、施行されている患者。②胃瘻、腸瘻の管理を行っているもの。③人工肛門に皮膚処置を伴う場合。④人工肛門のケア。⑤瘻に対する処置を行っている場合。⑥胃瘻孔、腎瘻孔の処置。⑦人工肛門の処置。⑧胃瘻(造設90日以内だけでも認めてほしい)。⑨ストーマの管理。
X II 1.g	吸引	3	喀痰吸引1日3回以上。
X II 1.h	気管切開口・気管内挿管のケア	1	気管切開、気管内挿管状態。
X II 1.i	輸血	2	輸血の施行日から7日間位は医療区分2にすべき。
X II 1.m	膀胱留置カテーテル	2	原質的に膀胱カテーテルの留置が必要になる時々あります(2週間までとして)。
X II 1.p	インスリン皮下注射	3	①インスリン注射を必要とする。②インスリン投与が必要な糖尿病患者で合併症により自己注射が不可能な患者。医療区分2の35を改変する。
X II 1 新規	尿道カテーテル	2	尿道カテーテル挿入を行った日
X II 1 新規	膀胱バルーンにて、膀胱洗、持続膀胱洗を必要とする場合	1	
X II 1 新規	排尿困難にて、頻回な導尿を要する場合	1	
X II 1 新規	間歇導尿	1	
X II 2.b	(向精神薬の使用)抗不安薬	2	吐気止め。
X II 2.d	催眠薬	1	
その他	同 疾患で入退院をくり返すもの	1	

その他	IX4.d(潰瘍のケア)、IX4.e(手術創のケア)、IX4.f(足以外の創傷処置)、IX5.c(開放創)のいずれかに該当	1	創傷処置として一項目にできるのではないか。
その他	入院リハの必要な全ての症例	1	
その他	RA における発熱、多発性関節痛増強について追加が必要。	1	
その他	急性疾患の回復期で治療を継続している状態。	1	
その他	テレビモニター監視下であったり、深夜当直医が慣れていなくて主治医が呼び出された様な場合。	1	
その他	全て病態により医療区分3へ	1	
その他	パーキンソン等、服薬の回数が5回以上の例、分類にかかわらず認知症の加算について評価してほしい。50点(但し、心理テストを詳しくチェックする)	1	
その他	高価薬剤についての評価、一般病院で使用されているため、薬だけでも出来高払い	1	
その他	御家族への病状説明日(30分以上)	1	
その他	半固形化の経管栄養で頻回に誤嚥を繰り返す場合	1	
その他	M-tub 挿入を行った場合	1	
その他	ASO による末梢の循環障害があり、治療が必要な状態	1	
その他	重度の脳血管障害後遺症	1	
その他	救急入院後30日間	1	
その他	入院治療を要する胃潰瘍、十二指腸潰瘍	1	
その他	全症別、入院後3ヶ月間	1	
その他	センサーを必要とする認知リハビリ症例	1	
	口腔ケア	1	
その他	看護度が高い人(基準は未定)	1	
その他	精神疾患、活動期の場合(統合失調症等)	1	
その他	アルコール中毒	1	

### 3. 患者分類（11分類）に対する評価について

図表 患者分類(11分類)に対する評価が不適当な理由(自由回答、順不同)

番号	記述
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・体内出血・消化管出血は慢性期ではなく早急に急性期病院へ移すべきと考える</li> <li>・医療を必要とする慢性疾患が対象と思われるが、評価区分は慢性疾患、急性増悪を対象にしているように思われる。本件は慢性疾患を医療区分し急性増悪して必要な処置をした場合、医療区分で上げることができるとしたほうがよいのでは。</li> <li>・但し 1～2 週間の限度でそれ以上悪化したり、長期化した場合は一般病院に転院を検討すべきではないか。</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設でもみられないような患者も医療区分 1 になってしまう。</li> <li>・胃瘻のはいつている患者が医療区分 1 ではおかしい。</li> <li>・状態が改善すれば点数が下がってしまうので、入院患者をよくしてあげようとする意欲が低下するのではないか。かえって点滴や酸素吸入したままでねかせきりの人が増えるのではないか。</li> <li>・医療区分 3 で重症の人は人員配置上(特に夜間)、当該病棟での対応は困難である。</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・悪性腫瘍患者に使用する薬剤投与による疼痛コントロールについて、薬剤が第 2 段階以上のものとの限定がある事が、不適当と思われる。</li> <li>・疼痛の緩和目的には、使用する患者の状態によって医師の判断の下投与されることであり、薬剤のみで疼痛が緩和されるものではないと考え、薬剤の限定については排除する必要がある。</li> <li>・ADL 区分が 11 点前後であっても、重度の認知症状により徘徊による転倒の危険、ベッド、車イスからの転落の危険等から 24 時間の管理を行っている場合の評価については、ADL 区分 up に反映されていない。</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療区分 1 は、施設で管理可能な病状と理解されるが、意識障害、経管栄養、喀痰吸引(7 回/日以下)の病状の患者は、老人保健施設での管理では、肺炎発症のリスクが高くなる。医療区分 1 の再検討が必要であると考えます。具体的には、上記の 3 つの症状は区分 2 と判断すべきと考えます。</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日々評価が変わるのは手間がかかり、面倒である。少なくとも 1 ヶ月単位の評価であるべきと考える。</li> </ul>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療度の多寡は疾患と 1 対 1 対応するとは限らないため、疾患とその状態像をポイント化し、その合計ポイントにて医療区分を決定する制度としてはどうか。高齢者の場合、合併症が多く、複数の疾患をもっているために総合的には医療度が高くなっている。</li> <li>・歯科衛生士による口腔ケアは点数がカットされているが、肺炎予防は有効であり、点数を認めるべきである。長期入院、入所こそ口腔ケアが必要である。</li> <li>・リハビリテーションの日数制限に関しては全廃すべきである。</li> </ul>
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>・疾患名と状態像が混在しているが、区分は状態像と医療処置に基づいて行うべきである。</li> </ul>
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>・もう少し簡単な方がよい。例えば 2 から 3 分類くらい少ない方がよい。</li> </ul>
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>・煩雑な事務处理的な業務が増え、本来の診療やケアに支障がでている。制度について職員に説明すると、手間がかかっているのに評価点数が低い、点数と手間が一致していない、などの意見が噴出し、職員のケアにかかわる士気の低下が感じられる。管理者としても、業務は増えるのに、給付点数は減少する現実を容認できるものではない。</li> <li>・出来高から包括へ移行する流れはやむなく受け入れるとしても、診療業務に見合った評価は絶対に必要である。</li> <li>・医療必要度に応じて点数を配分するという考え方自体は現場でも納得できる。しかしながら、どのような疾患や病態に手厚い給付を行うかについてはもっと議論があってしかるべきである。医療＝投薬、注射、処置では決まっていながら、反面、高血圧、心不全、内分泌また慢性消火器、肝疾患等で投薬や注射、処置が長期にわたって必要な疾患、病態も多々ある。このような患者さんが、ADL が良いからといって包括点数が低く評価されることには耐えられない。</li> <li>・今回の ADL 区分は非常に煩雑な評価法となっており、またその他にも BarthelIndex や FIM 記載が求められるなど、過大に複雑かつ手間をとらせる手法である。従来 ADL の指標としては障害老人の生活自立度判定基準が使用されており主治医意見書等公的にも利用されるなど一般にも浸透している。また BI も FIM もリハビリ評価法として定着しつつあると思われることから、ADL 点数にかえて、障害老人の生活自立度判定基準または BI/FIM を用いてはどうか。また、特に療養病床においては ADL の変化はそう毎日起こるものではないことから、評価記載も変化があった時で十分と思われる。</li> </ul>
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>・内科的疾患(肝硬変、胆癌、心不全等)の終末期ケアの具体性が乏しく、あてはまる項目がほとんどない。</li> <li>・中等度の認知症が認められる場合は、管理、人手を要するため、すべての分類において評価すべき。</li> </ul>
11	<ul style="list-style-type: none"> <li>・癌以外の内科疾患のあてはまる項目がなく、例えば、心不全、肝硬変末期等の内科的疾患の終末期に対するケアが含まれておらず、分類が乏しい。</li> </ul>



12	<ul style="list-style-type: none"> <li>・細分しすぎ。</li> <li>・急性期病床であっても、基礎疾患のみならず、ADL、認知度によって看護量は変わるべきだが、どうして療養病床のみにこんなに分類が必要なのでしょう。</li> <li>・療養病棟入院患者の基礎疾患は、全く関係がないような分類。</li> <li>・今回設定された、医療区分、ADL区分評価に基づく点類設定について、厚労省から原価計算(人員の配置、人件費、診療材料費等)を示していただくと、医療機関の納得が得られるものと思います。</li> <li>・ADL区分1と2で、医療区分1の764点という評価は、結局はこの区分の患者は入院が適応でないと言っていることを広く国民にも周知すべき事項かと思えます。</li> </ul>
13	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療区分3の疾患、状態、医療処置は療養病棟での看護職員の配置数では困難なことと思われる。</li> </ul>
14	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現状の分類では、看護師や医師の負担を反脱されているとはいえない。</li> <li>・区分1の人は受け入れが難しくなるが、その人達の受け皿がない状態であり、行き場のない人が増える。</li> <li>・療養型の病床の役割として、在宅及び老健等への入所が困難な人を受け入れる役目もあると思うので、老健の入所が難しい人に対しては区分が上がるようなシステムが望ましい。</li> </ul>
15	<ul style="list-style-type: none"> <li>・不適当どころではなく全く大いに不適当です。区分の3は、包括とか慢性期とかの問題以前でほとんどICUに近いものが多い、一般病棟でもおかしいと思われる項目ばかりである。区分2にしても慢性期として扱えない項目多数あり。これらにかかる処置等は一般病棟以上の経費、人力を要する部分もあるが、ICUではない。今回の改正はあまりにも急激、極端、不合理、不当過ぎると思います。こうするならば、これに見合うそれ相応の評価(報酬)が必要。特殊疾患入院施設管理加算はいずれにしろ必要。</li> </ul>
16	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知機能障害が部分的にしか考慮されておらず、その適用の視点が中途半端である。医療区分の行い方が、病名基準があったり処置基準があったりと混在していて区分しようとする意図がよくわからない。</li> </ul>
17	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ADL区分の項目に補正を加えるべきと思われる。ADLの点数配分の再検討18以上をADL3にすべき。</li> </ul>
18	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重度の脳梗塞患者が区分1にしか該当しないのが問題である。区分2以上にすることを希望する。</li> </ul>
19	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療区分3、ADL区分3の計9区分について、それぞれの点数を設定すべきである。</li> </ul>
20	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日数制限項目について。年齢や体力により改善にも個人差が有ります。再検討願いたい。</li> <li>・現評価では積極的に治療し改善したら点数ダウン。点数だけを考えた場合、両期間を長くしたほうが得と言う。医者本来の責に反する設定と思える。</li> </ul>
21	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療区分が病態や合併症などを無視したケアタイムで分類されており、診療内容の実績や医療費の実績に見合うものでないから。</li> <li>・医療区分2及び3に挙げられている疾患名は主として特殊疾患入院施設管理加算に対応するものを挙げているだけである。一方、医療の必要度が高い心不全、腎不全、肝不全などの慢性的内臓疾患やそれらの合併症、さらに疼痛コントロールをされていない癌などには対応していない。</li> <li>・急性期入院医療の包括評価であるDPCは導入に当たり、数年間の研究、試行錯誤、改善、評価を行いながらも本格導入には入っていない。しかし慢性期入院医療の包括評価の医療区分、ADL区分による細分化に関してはいきなりの導入とは如何なものか。混乱している医療現場を直視して欲しい。</li> </ul>
22	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療区分1の点数が低すぎる。ぜひ改善してほしい。</li> </ul>
23	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療区分が日ごとに変化するあるいは限定日数による医療区分は、きわめて不適当である。</li> <li>・医療療養病床から、維持期リハビリテーションを除外したことは、大いなる間違いと思う。</li> </ul>
24	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療区分1の診療報酬は老健施設に要介護度1で入所したときよりさらに低い1日当たり7640円となり30パーセント以上も減額となる。これでは病院経営は明らかに困難となります。医療区分1の中には経管栄養をしている患者や、喀痰の吸引処置を頻回に行っている患者で手間のかかる患者に関して診療報酬が余りにも安すぎる。褥瘡処置で入所し、療養病床で治癒した場合、医療区分が低くなることは不自然ではないかと思う。</li> <li>・医療区分1の診療報酬は老健施設に要介護1で入所している人よりさらに低い1日当たり7640円となり30パーセント以上の減額となり、これでは経営は困難である。医療区分1、ADL区分1と医療区分3、ADL区分1の人については診療報酬は前者が764点、後者は1740点で約2、3倍の差の違いがあり、決め方も問題あると思われ、改善を。</li> </ul>
25	<ul style="list-style-type: none"> <li>・不穏、せん妄、頻回の吸痰などの高密度のケアを必要とする患者さんの区分が低過ぎる。</li> </ul>
26	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療区分3の中に、TPNや24時間持続点滴が入っているが、現実的ではない。</li> <li>・医療区分2の中に脊損が入っているが、脳疾患で四肢麻痺が入っていない。</li> <li>・ADL区分の差があまり感じられない(点数的に)。</li> </ul>